

Physick a employé le *séton*, avec lequel il traverse la tumeur. En admettant que la présence du fil enflamme la poche, il est nécessaire d'en pratiquer consécutivement l'ouverture. D'autres chirurgiens ont proposé l'*extirpation* de la tumeur, opération longue, douloureuse et qui expose à des hémorragies graves.

Procédé de l'auteur. Dans divers modes de traitement indiqués plus haut, on a souvent perdu de vue que, pour obtenir la guérison, il faut modifier la nature de la membrane propre du kyste. Tant que la face interne de la poche conserve ses caractères, elle continue à sécréter le liquide épais, gommeux, qu'on rencontre dans les grenouillettes. Ce liquide ne peut s'écouler par l'orifice de plus en plus rétréci qui existe au point de communication du kyste avec la cavité buccale. Il convient donc de changer la nature de la face interne du kyste, d'en faire une membrane semblable à celle qui tapisse la cavité buccale. On arrive à ce résultat par un artifice très-simple : en remplissant de charpie la cavité du kyste, après avoir fait une perte de substance à la paroi supérieure de ce dernier. La charpie est renouvelée tous les jours, pendant deux septénaires environ. Dans les premières vingt-quatre heures, la présence du corps étranger provoque une phlegmasie assez vive, que l'on combat par des collutoires émoullients et par des cataplasmes de même nature sur la région sus-hyoïdienne. A chaque pansement journalier, la cavité du kyste est lavée à grande eau. Bientôt la face interne de la poche se recouvre d'un exsudat grisâtre qui fait place graduellement à une coloration rosée, indice de la conversion de la membrane du kyste en muqueuse semblable à celle de la bouche.

SECTION XXIX.

MALADIES DE LA GLANDE PAROTIDE ET DU CANAL DE STÉNON.

1^o BLESSURES. Ces blessures sont accidentelles, ou bien volontaires, c'est-à-dire produites par le chirurgien dans les opérations pratiquées sur la glande. La gravité de la lésion est subordonnée à l'étendue et à la profondeur de cette dernière, à cause des rapports de la carotide externe et du nerf facial avec la parotide. Il y a de plus à redouter la formation d'une fistule salivaire consécutive, ce qui est plus commun après les blessures du canal de Sténon qu'après celles de la glande.

Le traitement ne diffère pas de celui des blessures des autres régions du corps, et malgré la juste autorité de Boyer, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de se préoccuper, dans les premiers instants qui suivent la plaie, de prévenir une fistule salivaire. Si, après la cicatrisation, il subsiste une fistule, on se conduira comme nous le dirons ultérieurement (voy. p. 395).

2^o INFLAMMATION AIGUE DE LA PAROTIDE. On la désigne sous le nom de *parotidite*. Elle consiste dans une phlegmasie des lobules de la glande. Toutefois on rattache à la même affection l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané qui recouvre la parotide.

Causes. La parotidite se montre communément au déclin de maladies générales graves : la dothiéntérie, la fièvre puerpérale, la période de réaction du choléra ; et comme cette manifestation locale coïncide communément avec une amélioration de l'état général, on l'appelle *parotidite critique*. Dans d'autres cas, la phlegmasie se développe chez un sujet sain d'ailleurs, sans cause appréciable : c'est la parotidite *spontanée*.

Symptômes. Ils varient en raison de la cause du mal :

(a) La parotidite *critique* est caractérisée par de la tuméfaction et de la rougeur de la région parotidienne. La pression sur la partie gonflée, les mouvements de mastication, déterminent une douleur vive. Au bout de trois ou quatre jours, la tumeur se ramollit et devient fluctuante ; lorsqu'on l'incise, il s'en écoule un pus phlegmoneux, parfois d'odeur désagréable, ainsi que cela arrive pour la plupart des collections qui s'établissent au voisinage de cavités muqueuses. Dans quelques cas, le passage de gaz dans le foyer purulent est reconnaissable à la sensation de gargouillement perçue par les doigts qui explorent la tumeur. L'abcès se cicatrise en général promptement après avoir été incisé ; rarement on observe à la suite de cette ouverture des phénomènes d'infection putride. On voit que la parotidite *critique* ressemble au phlegmon sous-cutané de la même région.

(b) La parotidite *spontanée* est plutôt une phlegmasie du tissu propre de la glande. Tantôt elle se développe lentement, sans phénomènes réactionnels, ce qui est dû probablement à ce que la phlegmasie occupe les couches superficielles de la glande et peut-être seulement le tissu cellulaire sous-cutané de la région ; tantôt elle est caractérisée par des douleurs violentes qui se propagent aux régions voisines ; quelques sujets sont pris de fièvre, de délire et de convulsions ; l'inflammation ne se termine que lentement par suppuration, et il n'est pas rare que la collection se fraye un passage dans le conduit auditif externe. On attribue la gravité de cette dernière forme à ce que, l'inflammation occupant les couches profondes de la glande, le tissu gonflé est étranglé par les parties saines de la parotide et par les parties osseuses qui forment les limites de la région.

Accidents consécutifs. Il est rare qu'après l'ouverture à l'extérieur des abcès parotidiens, il s'établisse une fistule parotidienne ; plus rare encore, qu'en cas de phlegmasie parenchymateuse, le nerf facial qui traverse la glande soit détruit et qu'il en résulte une hémiplégie faciale. On a signalé des cas d'ulcération consécutive de la veine jugulaire interne et une hémorragie mortelle ; une oblitération du canal de Sténon et consécutivement la transsudation de la salive à travers la peau de la région parotidienne.

Diagnostic. Il est facile quand l'inflammation occupe la partie profonde de la glande, parce que dans cette portion de la région, le tissu glandulaire forme l'élément principal ; la marche relativement rapide de la tuméfac-

tion, les douleurs vives, les phénomènes réactionnels indiquent que c'est une affection de nature inflammatoire. Lorsque la phlegmasie occupe les couches superficielles, elle ressemble au phlegmon simple de la région, et il est difficile de distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Pronostic. Il est plus favorable dans la parotidite superficielle que dans la profonde.

Traitement. Dans la parotidite superficielle, on se contente d'appliquer sur la région un cataplasme émollient, et on livre passage au pus par une incision ou par des incisions multiples, lorsque la collection est formée. Dans la parotidite profonde, lorsque les douleurs sont vives, on les combat par des cataplasmes arrosés de laudanum; des sangsues appliquées au début sont aussi utiles. Si ces moyens sont insuffisants, on a conseillé d'inciser la parotide *transversalement*, dans une partie de son épaisseur, pour faire cesser les phénomènes d'étranglement. L'affection a-t-elle une marche subaiguë, et la suppuration s'établit-elle lentement, on la favorise par des cataplasmes maturatifs. Les collections purulentes seront ouvertes de bonne heure, pour éviter la formation de fistules parotidiennes. Les phénomènes généraux qui se développent consécutivement aux abcès parotidiens sont combattus par les moyens exposés aux articles *Résorption putride* et *Résorption purulente* (voy. t. I).

A la suite des abcès de la parotide, quelquefois après les blessures de la glande suivies d'inflammation, on a observé, à une époque plus ou moins éloignée de la guérison, un suintement de liquide transparent à travers la peau de la région parotidienne, pendant la mastication de substances sâpides. Ce liquide a été considéré comme de la sueur par quelques physiologistes, comme de la salive par d'autres. Cette dernière opinion est plus rationnelle. Le phénomène a été désigné sous le nom d'*épidrose parotidienne*. On attribue cette transsudation de la salive à l'oblitération de l'origine du conduit de Sténon ou de quelques-uns des conduits excréteurs dont la réunion forme ce canal; Baillarger a constaté le fait par l'autopsie.

On a aussi cité des cas dans lesquels, la salive sécrétée par la parotide ne pouvant s'écouler dans la bouche par suite d'un obstacle dans le canal de Sténon, le liquide s'accumulait dans l'épaisseur de la glande pendant la mastication des aliments et donnait lieu à un engorgement intermittent de la région parotidienne.

3^e OREILLONS. C'est une affection caractérisée par un gonflement de la région parotidienne et parfois des parties avoisinantes, gonflement qui présente plutôt les symptômes d'une *fluxion* que d'une inflammation.

Causes. Les oreillons se développent surtout chez les enfants, les adolescents, plus particulièrement dans les localités où les sujets vivent en grand nombre : ainsi dans les écoles, les régiments. Tantôt ils sont *sporadiques* et semblent alors être dus à l'action du froid et de l'humidité; c'est ainsi qu'on s'explique le caractère *endémique* du mal dans certaines localités. Tantôt ils frappent un grand nombre d'individus à la fois et présentent le caractère *épidémique*; le printemps et l'automne, surtout cette der-

nière saison, sont favorables à la production de ces épidémies. Il n'est pas démontré que l'affection soit de nature *contagieuse*.

Symptômes. La maladie débute généralement par les symptômes locaux; ceux-ci sont parfois précédés de frissons légers, de malaise, de courbature, d'un léger mouvement fébrile. Il se développe dans la région parotidienne d'un seul côté, quelquefois des deux côtés, simultanément ou successivement, un gonflement mal circonscrit, accompagné de tension de la peau, sans rougeur ni chaleur, fournissant au doigt qui l'explore, sans douleur, une sensation d'empatement et de rénitence, dépourvue de dureté. La tuméfaction ressemble à celle de l'œdème et la peau est souvent luisante. Les malades se plaignent de douleurs pendant les efforts de mastication et de déglutition. Au bout de douze à vingt-quatre heures, la région parotidienne du côté opposé est envahie, et le gonflement se propage parfois à la région sous-maxillaire et même au reste de la face. Quelques sujets présentent une rougeur érythémateuse des amygdales et des piliers du voile du palais; il en est qui sont affectés d'un certain degré de pyalisme. A ces phénomènes locaux s'ajoutent parfois quelques troubles généraux : peau chaude et sèche, mouvement fébrile, urine sédimenteuse, évacuations alvines fréquentes.

Marche. Terminaisons. Le gonflement de la région parotidienne s'accroît pendant deux ou trois jours, puis reste stationnaire et disparaît au bout du premier septénaire. C'est à ce moment qu'il n'est pas rare d'observer le développement rapide d'une tuméfaction du scrotum ou d'une orchite indolente qui peut se terminer par l'atrophie du testicule. Quelquefois la maladie, après avoir sauté de la région parotidienne sur les bourses, quitte celles-ci pour retourner dans la région parotidienne. Chez les jeunes filles, cette *métastase* s'observe sur les grandes lèvres, ou sur la mamelle.

Diagnostic. Il est facile, en raison de la nature même du gonflement de l'une ou des deux régions parotidiennes, gonflement qui tient plutôt d'une fluxion que d'une inflammation.

Pronostic. Traitement. Les oreillons se terminent presque toujours par résolution, et les phénomènes généraux n'ont généralement pas de gravité. Il faut considérer comme exceptionnels les faits, cités par Hamilton, de suffocation survenue chez des enfants. La métastase du mal sur d'autres organes que sur l'appareil de la génération et la mamelle est douteuse.

D'après ces considérations, on se borne à la méthode expectante : on couvre la région parotidienne de topiques émollients; on prescrit des aliments de mastication facile, pour éviter au sujet des douleurs pendant les mouvements des mâchoires; de légères purgations. Si, à la suite de la disparition des oreillons, il se manifeste quelque trouble grave dans les organes internes, il serait indiqué de rappeler la fluxion parotidienne par l'application sur la région de topiques irritants.